



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

Trabalho de conclusão de curso

Manual de orientações nutricionais para pacientes com
reganho de peso que fizeram cirurgia bariátrica

Bruna Poncioni de A. Pereira

Brasília - DF

Março, 2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

Trabalho de conclusão de curso

**Manual de orientações nutricionais para pacientes
com reganho de peso que fizeram cirurgia bariátrica**

Bruna Poncioni de A. Pereira

Kenia Mara Baiocchi de Carvalho

Professora Orientadora

Brasília - DF

Março, 2013

RESUMO

INTRODUÇÃO: A obesidade é uma doença crônica não transmissível que ao longo dos anos está crescendo de maneira descontrolada. Uma forma avançada dessa doença é a obesidade grave em que ocorre maior comprometimento físico e metabólico. A cirurgia bariátrica é um método que induz e mantém a perda de peso corporal, porém não é um método definitivo, sendo necessário o acompanhamento nutricional no pré-operatório e pós-operatório. Estudos demonstram altas taxas de reganho de peso após cerca de um ano.

OBJETIVO: desenvolver um material educativo acerca de alimentação e comportamento, direcionado para pacientes com mais de um ano de cirurgia bariátrica. **METODOLOGIA:**

Foi realizado acompanhamento entre os meses de Março e Novembro de 2012 no Ambulatório de Nutrição e Obesidade Grave do HUB, sendo assim definidos os temas abordados no manual. O público que receberá esse material faz parte da pesquisa “Efeitos metabólicos e nutricionais da suplementação proteica em pacientes com dieta hiponergética para tratamento de reganho de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica”. A aplicação e avaliação do manual não fazem parte do presente estudo.

RESULTADOS: O manual desenvolvido ao longo do trabalho tem como título: “Orientações Nutricionais: Como controlar o peso corporal com mais de um ano de cirurgia bariátrica”, dividida em cinco capítulos, tendo as seguintes abordagens: “Apresentação”, “Você sabe como está seu organismo após a cirurgia?”, “Importância da suplementação”, “Alimentação saudável”, “Incentivo ao diário alimentar”. **CONCLUSÃO:**

Foi possível elaborar um manual que aborda os pontos considerados imprescindíveis para o público além de ser adaptado para o mesmo. Apresentou como limitação o público acompanhado, sendo apenas do HUB, e não houve tempo hábil para a aplicação e avaliação do manual elaborado.

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | INTRODUÇÃO..... | 5 |
| 2. | REVISÃO DE LITERATURA | 7 |
| 2.1. | OBESIDADE GRAVE..... | 7 |
| 2.2. | CIRURGIA BARIÁTRICA | 8 |
| 2.3. | REGANHO DE PESO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA | 11 |
| 2.4. | ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA .. | 12 |
| 2.5. | MATERIAIS EDUCACIONAIS PARA PROMOÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL..... | 15 |
| 3. | OBJETIVOS | 17 |
| 3.1. | OBJETIVO GERAL | 17 |
| 3.2. | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 17 |
| 4. | METODOLOGIA | 18 |
| 5. | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 19 |
| 6. | CONCLUSÃO..... | 25 |
| 7. | REFERÊNCIAS..... | 26 |
| | APÊNDICE | 32 |

1. INTRODUÇÃO

Durante muitos anos o problema nutricional encontrado em grande parte da população era a desnutrição, porém com o passar dos anos a obesidade está cada ano que passa sendo mais presente na população mundial (FINUCANE, STEVENS & COWAN, 2011). No Brasil, foram divulgadas no ano de 2010 duas grandes pesquisas que trazem resultados atuais e de tendência secular de excesso de peso e obesidade. Uma é a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico 2010 (VIGITEL) (IBGE, 2010) realizada com a população adulta das 26 capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal e a outra é a Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009 (POF, 2008-2009) que abrange todas as faixas etárias de todo território nacional. Pelo VIGITEL, foi encontrado que a obesidade na população brasileira adulta é de aproximadamente 15% e 17% pela POF. No Brasil, são gastos por ano aproximadamente 1,5 bilhões de reais e destes, 600 milhões são provenientes do SUS, representando aproximadamente 12% dos gastos do governo com outras doenças (ANJOS, 2006).

A obesidade grave é um quadro avançado, em que ocorre maior comprometimento físico e metabólico, gerando consequências no estado de saúde geral. Um dos métodos de tratamento da obesidade grave é a cirurgia bariátrica que deve ser indicada levando em consideração o Índice de Massa Corporal (IMC), a idade do paciente e o tempo da doença, além disso, ter apresentado insucesso ou recidiva do peso quando feito outros tratamentos. A cirurgia bariátrica tem como objetivo induzir e manter perda de peso corporal, assim como reduzir ou eliminar as comorbidades relacionadas à obesidade (ABESO, 2009).

O acompanhamento nutricional é de extrema importância em todas as etapas do tratamento da obesidade grave, pré-operatório, pós-operatório imediato e tardio. Na fase

de pré-operatório e pós-operatório tardio a educação nutricional deve ser a chave do acompanhamento, para que os hábitos alimentares sejam alterados, pois apenas a cirurgia sem mudança nos hábitos alimentares não trazem bons resultados. O acompanhamento nutricional no pós-operatório de curto prazo é imprescindível, pois o trato gastrointestinal passou por mudanças com a cirurgia e precisa de adaptações na dieta (NONINO-BORGES et al., 2006; SEGAL & FANDIÑO, 2002).

O objetivo deste trabalho é desenvolver um material educativo acerca de alimentação e comportamento, direcionado para pacientes com mais de dois anos de cirurgia bariátrica.

A monografia será apresentada em oito capítulos: apresentação, seguido de revisão de literatura. Posteriormente serão apresentados os objetivos, metodologia do presente trabalho, resultados e discussão, referencias e apêndice.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. OBESIDADE GRAVE

A obesidade é definida como doença crônica, diagnosticada no adulto a partir da medida do Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 30 kg/m^2 . Por sua vez, a obesidade é considerada grave, quando o IMC atinge 40 kg/m^2 (WHO, 1995). Em função de uma série de fatores, especialmente ambientais, a prevalência de obesidade aumentou substancialmente nas últimas décadas e hoje já se caracteriza como problema de saúde pública mundial (OMS, 2003). Em todo mundo, cerca de 2,8 milhões de pessoas morrem a cada ano como resultado de estar com sobrepeso ou obesidade de acordo com o Relatório Mundial de Saúde (2012).

A obesidade é uma doença multifatorial, sendo influenciada por aspectos ambientais, comportamentais, psicossociais, endócrinos, genética, desequilíbrio entre a ingestão calórica e gasto energético. Sendo este último o principal fator que eleva o peso corporal (WHO, 2006). Quando se estuda o fenômeno do aumento da obesidade nos países, fica evidente a presença do chamado ambiente “obesogênico”, caracterizado pelo excesso da ingestão energética, como alimentos com alta densidade energética, ricos em açúcares e gorduras e a diminuição dos níveis de atividade física (VASCONCELLOS et al., 2006; ABESO, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1995) o excesso de gordura corporal que define a obesidade compromete significativamente a saúde dos indivíduos. De fato, problemas como diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, apnéia do sono, problemas psico-sociais, doenças ortopédicas e diversos tipos de câncer são todos fortemente associados à presença de obesidade (MS, 2005; COUTINHO, 2007).

No caso da obesidade grave, as co-morbidades são ainda mais evidentes e há um comprometimento da qualidade de vida das pessoas, por gerar incapacidade funcional, reduzir a expectativa de vida e aumentar a mortalidade. São identificados maiores prevalências em indivíduos que apresentam obesidade grave, dificuldade de locomoção, acometimento renal, câncer, apneia do sono, doença hepática gordurosa não alcoólica, depressão e problemas psicológicos, entre outras (ABESO, 2009).

Apesar da importância da adequação do estilo de vida com alimentação saudável e atividade física, de maneira geral, o tratamento clínico exclusivo tem elevada taxa de insucesso nos casos de obesidade grave.

2.2. CIRURGIA BARIÁTRICA

Diante da presença de obesidade grave é necessário iniciar o tratamento, sendo o primeiro passo o tratamento clínico, que é formado por modificações na dieta, adesão a exercícios físicos, medicamentos e acompanhamento constante com uma equipe multidisciplinar. Nessa etapa, o objetivo do tratamento é reforçar a necessidade de melhorar o estilo de vida, aderindo a uma dieta saudável e iniciando ou melhorando a prática de atividade física. A utilização de medicamentos também compõe o tratamento clínico em alguns casos, sendo importante que ele seja utilizado apenas como uma forma de auxiliar o tratamento dietético e não como estrutura fundamental do tratamento (NONINO-BORGES et al., 2006).

A cirurgia bariátrica é sugerida como tratamento complementar aumentando consideravelmente a taxa de sucesso terapêutico (BUCHWALD; WILLIAMS, 2004). Segundo o Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade (2006) serão

candidatos ao procedimento cirúrgico da obesidade indivíduos que apresentem, IMC maior que 40kg/m^2 ou com IMC superior a 35kg/m^2 associado a comorbidades. É considerado ainda o histórico de fracasso no tratamento clínico por no mínimo cinco anos. É necessário ser explicado ao paciente que este deverá ter acompanhamento constante com profissionais de diversas áreas no pré e pós-operatório (SEGAL & FANDIÑO, 2002).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2011), existem três procedimentos básicos que irão se diferenciar pelo mecanismo de funcionamento, que podem ser realizados por meio de abordagem aberta ou por videolaparoscopia. O procedimento restritivo tem como resultado a diminuição da quantidade de alimento que o estômago é capaz de comportar, o procedimento disabsortivo reduz a capacidade de absorção do intestino, e, por último, a técnica mista, a qual apresenta além do grau de restrição e um desvio curto do intestino com discreta má absorção de nutrientes.

No Brasil, são reconhecidos três métodos de cirurgias pelo Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade (2006) que são o *Bypass* gástrico, a gastrectomia vertical e a Duodenal *Switch*. O *Bypass* gástrico é a técnica mais utilizada no Brasil, correspondendo praticamente 75% das cirurgias realizadas, sendo considerada a mais segura e a que traz melhores resultados. Neste procedimento é realizado o grampeamento de parte do estômago e um desvio do intestino inicial. O emagrecimento ocorre pela redução do espaço do estômago e pelo aumento dos hormônios que são responsáveis pela saciedade que advém do desvio intestinal. Na gastrectomia vertical o estômago é transformado em um tubo e possui perda de peso comparável com o *Bypass* gástrico. Por último a técnica cirúrgica Duodenal *Switch* faz associação entre a gastrectomia vertical e o desvio intestinal, mantendo a anatomia e a fisiologia do

estômago, o emagrecimento ocorre pelo desvio intestinal reduzindo assim a absorção dos nutrientes (SBCBM, 2011).

A perda ponderal massiva observada após a cirurgia bariátrica, especialmente com a técnica mista mais comumente realizada, que de acordo com o estudo de Buchwal et. al (2004) é de aproximadamente 56 a 66,5% do excesso de peso é acompanhada de melhora significativa das co-morbidades e qualidade de vida (SBCBM, 2011). Contudo, em algumas situações observam-se complicações de curto prazo, como tromboembolismo pulmonar, deiscência da sutura, fístulas, estenoses, infecções e hemorragias. No pós-operatório tardio, as complicações mais presentes são hérnias e torção de alça intestinal. São encontrados também, nas técnicas que reduzem a absorção de nutrientes ou quando não se faz o uso correto de suplementações, desnutrição proteica, anemia ferropriva, deficiência de vitaminas e doenças osteometabólicas. Em cirurgias que reduzem o tamanho do estômago e com desvio gastrojejunal é comum a presença de síndrome de dumping, quando ocorre a ingestão de alimentos doces ou hiperosmolares (ABESO, 2009).

Para ser considerado que a cirurgia obteve sucesso é necessário que o paciente seja avaliado após seis meses do pós-operatório, apresentando perda ponderal de pelo menos 25% do peso anterior à cirurgia e/ou perda de 50% do excesso de peso; Não apresentar deficiências nutricionais (hipoalbuminemia, deficiência de ferro, de vitaminas e de minerais); Não apresentar com frequência episódios de vômitos, sintomas de Síndrome de *Dumping* ou intolerâncias alimentares. E em longo prazo a cirurgia possui como limitação do sucesso o reganho de peso, mesmo que não alcance o peso anterior à cirurgia (ANTHONE, 2003).

2.3. REGANHO DE PESO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Tardiamente observa-se como achado comum no pós-operatório o reganho de peso corporal, especialmente após 24 meses do procedimento (CHRISTOU et al., 2006). São encontrados alguns estudos que abordam este tipo de insucesso, como por exemplo, o estudo de Freire et al. (2012) que teve prevalência de reganho de peso de 56% dos participantes, sendo que destes, 29% apresentaram o reganho de aproximadamente 10% do menor peso atingido entre 2 e 5 anos após a cirurgia.

No estudo de Magro et al. (2008) em que a perda de peso foi significativa até os 18 meses após a cirurgia, com redução de $1,06\text{kg/m}^2$ no valor do IMC. A perda de peso deixou de ser significativa após os 24 meses de pós-operatório, apresentando também após 60 meses de pós-operatório a recuperação de 8% do menor peso que foi atingido em aproximadamente 18 meses.

O reganho de peso pode ocorrer pela continuidade de maus hábitos que o paciente obtinha antes da cirurgia, adaptações anatômicas e aumento da capacidade gástrica e/ou por meio de alterações dos hormônios que são liberados pelo estômago e pelo intestino, responsáveis pelo controle da fome e saciedade e balanço energético (ABESO, 2009; HOJO et al., 2007).

Assim, o reganho de peso pode ser consequência dos fatores de adaptações biológicas e comportamentais. Dos fatores biológicos, destacam-se os hormônios que regulam a ingestão alimentar e a saciedade, pelas alterações que ocorrem nos principais estimuladores e responsáveis pela liberação destes hormônios, como por exemplo, a grelina, hormônio similar ao glucagon (GLP-1), Peptídeo YY (PPY) e outros, que são liberados de acordo com a ingestão alimentar e com contato do alimento com o estômago e

intestino, sendo modificada a liberação destes hormônios pois o estômago e o intestino são reduzidos com a cirurgia bariátrica (HOJO et al., 2007).

É necessária a conscientização dos indivíduos em relação ao seu comportamento, para que não sejam perpetuados os comportamentos inadequados, evitando assim o reganho de peso no pós-operatório tardio. São encontrados estudos que demonstram que os hábitos permanecem inadequados após a cirurgia, como o de Faria et al. (2010) que demonstra que o reganho de peso pode estar relacionado com o consumo de líquidos altamente calóricos, maior ingestão de carboidratos e o aumento progressivo da ingestão calórica, também sendo como um fator citado a compulsão alimentar apresentada por pacientes no pós-operatório. Em outro estudo, Prevedello et al. (2009), que a presença da atividade física foi diminuída quanto mais distante da cirurgia e também quanto mais próximo da perda de peso desejada, fazendo com que o isso ajude no reganho de peso. Porém é a partir desse momento aceitam que o consumo alimentar pode ser o vilão desse ganho de peso pós-cirúrgico.

Portanto, independentemente dos fatores fisiológicos há que se monitorar o comportamento e a dieta, para direcionar o manejo e controle clínico, na vigência de reganho de peso.

2.4. ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

O acompanhamento nutricional é de extrema importância para ajudar os pacientes a manter práticas alimentares saudáveis, evitando reganho de peso após a cirurgia. No estudo de Magro e colaboradores (2008) foi observado que, dos pacientes que apresentaram reganho de peso, 60% não tiveram acompanhamento nutricional antes e após a cirurgia. Outro estudo que possui como conclusão a importância do acompanhamento nutricional é o de Freire et al. (2012), pois nele foi encontrada significância ($p < 0,01$) entre a relação

entre os pacientes que obtiveram reganho de peso e que não realizavam acompanhamento no pós operatório da cirurgia bariátrica. Além do acompanhamento, provavelmente a intensidade em que o mesmo ocorre também interfere no fracasso ou sucesso da cirurgia.

As orientações nutricionais visando garantir a qualidade da dieta vêm sendo baseadas nos dez passos para uma alimentação saudável, material educativo produzido pelo Ministério da Saúde e aplicado para a população brasileira em geral (BRASIL, 2005). Mesmo tendo sido submetido à cirurgia de obesidade, após dois anos de cirurgia e com o aumento da capacidade gástrica, é possível que as porções não sejam muito restritas e qualidade da dieta pode ser baseada nestas recomendações. Isto em muito auxiliará na manutenção de peso ou para pequena redução ponderal, nos casos de reganho de peso tardio (MS, 2005).

Outra ferramenta que vem apresentando bom resultado no auto-monitoramento nos hábitos dos pacientes é o diário alimentar, que apresenta como objetivo observar e registrar sistematicamente as práticas alimentares, como tipo e quantidade de comida ingerida, a hora, o local, as sensações, os pensamentos, podendo apresentar outros fatores importantes sendo diferenciados a cada caso (BOHM; GIMENES, 2008). De acordo com o estudo de Latner e Wilson (2002) a frequência de práticas alimentares inadequadas foi reduzida com o auto-monitoramento, em aproximadamente 45% os episódios de excesso alimentar.

O acompanhamento nutricional deve incluir as orientações dietéticas de forma geral e uma rotina de suplementação de micronutrientes. Para tanto, são rotineiramente prescritos suplementos polivitamínicos e minerais que contenham minimamente ferro, cálcio, vitamina D, zinco e complexo B em sua fórmula, vitamina B12 (intramuscular a cada três meses) (MECHANICK, 2008). É comum encontrar anemia em pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica, atingindo cerca de dois terços, causada pela

deficiência de ferro (BORDALO et al., 2010), por isso a suplementação desse micronutriente é necessária, devendo ser prescrita de 40 a 65mg de ferro elementar. Outros micronutrientes que são de extrema importância a suplementação são o cálcio e a vitamina D, que tem como objetivo a prevenção da reabsorção óssea. Como o cálcio possui maior absorção em meios ácidos, e a capacidade gástrica fica reduzida após a cirurgia, essa absorção fica comprometida (COATES et al., 2004). Estudos demonstram que o citrato de cálcio possui maior biodisponibilidade para o organismo do que o carbonato de cálcio, sendo indicada a suplementação de 1200 a 2000mg/dia (SAKHAEE et al., 1999). A recomendação da suplementação de vitamina D é de 400 a 800UI/dia, porém existem estudos que indicam que essa dosagem não é capaz de prevenir níveis de hormônio paratireoideano (PTH) elevado e a reabsorção óssea, por isso sugere-se iniciar a suplementação com 2000UI/dia, preferencialmente na forma de vitamina D3 (colecalciferol) (BORDALO et al., 2010; MECHANICK, 2008).

A suplementação de proteína também é muito comum, pois, de acordo com Bordalo et al. (2010), a absorção da proteína ingerida é de 57% em casos de cirurgia bariátrica e também pelo baixo consumo deste macronutriente. A recomendação é de 1,0 a 1,5g de proteína por quilograma de peso ideal por dia, embora as necessidades exatas ainda não estejam definidas. Deve ser incentivado o consumo de carnes, aves, peixes, ovos, leite e derivados lácteos ainda nos primeiros meses de pós-operatório, de acordo com o protocolo de evolução da dieta.

Para pacientes com reganho de peso, as orientações deverão visar a manutenção da suplementação de micronutrientes, o balanceamento da dieta, com ênfase ao teor proteico e todos os preceitos de uma prática alimentar saudável. É importante também que os pacientes entendam que a cirurgia bariátrica deve ser acompanhada por comportamentos

saudáveis como mastigar bem os alimentos, realizar refeições com calma, prestar atenção na fome e saciedade, realizar atividade física, entre outras orientações que devem ser ressaltadas pela equipe de acompanhamento (ABESO, 2009).

Em resumo, considerando que mesmo a cirurgia bariátrica sendo uma alternativa eficiente de tratamento para obesos graves, observa-se especialmente após 24 meses de sua realização, elevada prevalência de reganho de peso. Portanto, torna-se fundamental que os pacientes sejam rigorosamente acompanhados, para monitoramento de seu estado de saúde e práticas alimentares, visando manutenção dos resultados alcançados. No caso de reganho de peso, orientações quanto à qualidade de dieta, balanceamento e suplementações devem ser reforçadas.

2.5. MATERIAIS EDUCACIONAIS PARA PROMOÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Materiais educativos que promovem alimentação saudável pretendem produzir, reforçar e difundir conhecimentos específicos em relação à alimentação e nutrição. São encontrados diversos tipos de materiais com diferentes abordagens na literatura, um dos mais importantes para a população do Brasil é o Guia Alimentar para a População Brasileira, nele podemos encontrar as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a população. É direcionado para os profissionais da saúde e população em geral, tendo linguagem simples e de fácil entendimento. Dividido em três partes, a primeira aborda o referencial teórico, a segunda apresenta o guia alimentar para a população brasileira, seus princípios e suas diretrizes e os atributos da alimentação saudável, e a terceira parte que traz as bases epidemiológicas e científicas das diretrizes nacionais (BRASIL, 2006).

Outro material muito importante e direcionado para a população é o que traz os Dez passos para uma alimentação saudável, com linguagem simples e nele são encontradas as

seguintes orientações: realizar no mínimo cinco refeições por dia; Ingerir as porções dos alimentos recomendadas pelo manual; Evitar refrigerantes, alimentos industrializados, doces e guloseimas; Beber no mínimo dois litros de água diariamente; Realizar atividade física, pelo menos 30 minutos diariamente (BRASIL, 2005).

Os exemplos acima apresentam publicações para a população em geral, também possuindo exemplos de manuais para algumas regiões ou cidades específicas isso é interessante, pois cada cidade possui seus hábitos alimentares próprios, podendo abordar alguns pontos específicos. A cartilha de orientações para família curitibana sobre alimentação para uma vida saudável é um exemplo. Entre alguns assuntos abordados nesse manual estão, alimentação versus nutrientes, doenças crônicas não transmissíveis, como se alimentar fora de casa ou em ocasiões especiais como datas comemorativas, rotulagem nutricional, receitas regionais, entre outros. Possui linguagem simplificada e com diversas figuras para atrair a atenção do leitor (PM – CURITIBA, 2010).

Existe também um caderno direcionado para os profissionais de saúde na atenção básica do obeso, com ênfase no manejo alimentar e nutricional, que aborda desde a epidemiologia da obesidade até o diagnóstico, prevenção e acompanhamento destes pacientes. Por ser um material específico para os profissionais de saúde pode-se observar a diferença de linguagem para os demais materiais citados acima (BRASIL, 2006).

É interessante que os materiais citados sirvam como subsídios para os atendimentos nos serviços de atenção de saúde neles são encontrados conteúdos que trazem maneiras de lidar com determinados públicos. Por meio deles é possível que se trate com maior especificidade os pacientes. Por isso é importante que sejam sempre atualizados e renovados materiais que trazem bases científicas e a forma prática para agir com os pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Desenvolver um material educativo acerca de alimentação e comportamento, pacientes com mais de um ano de cirurgia bariátrica, assistidos nos serviços especializados do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e Hospital Regional da Asa Norte (HRAN).

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar os dez passos para uma alimentação saudável adaptado para pacientes que realizaram cirurgia bariátrica;
- Apontar diretrizes para o balanceamento da dieta e fontes saudáveis de nutrientes;
- Reforçar a rotina de suplementação de micronutrientes;
- Apresentar o diário alimentar como instrumento de auto-monitoramento presente no manual de dieta.

4. METODOLOGIA

Entre os meses de Março a Novembro de 2012 durante o acompanhamento dos atendimentos no ambulatório de Nutrição e obesidade grave, foram definidos os temas que seriam abordados no manual direcionado para pacientes com mais de um ano de cirurgia bariátrica e que apresentaram mais de 5% de reganho de peso. São eles: técnica cirúrgica bypass gástrico, suplementação nutricional, “Dez passos para alimentação saudável”, “Orientações gerais”.

O público que receberá o manual faz parte da pesquisa “Efeitos metabólicos e nutricionais da suplementação proteica em pacientes com dieta hiponérgica para tratamento de reganho de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica”, na qual serão incluídas pacientes do sexo feminino (em função das diferenças metabólicas e hormonais entre os sexos e a dificuldade em garantir número igual de homens e mulheres na amostra), com idade entre 18 e 55 anos, pacientes do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) que tenham mais de 24 meses de pós-operatório de cirurgia bariátrica, que apresentaram reganho de peso de no mínimo 5% do menor peso alcançado durante o tratamento (que será adquirido no prontuário do paciente). Serão divididos em dois grupos, de intervenção (dieta hiponérgica e suplementação proteica) ou grupo controle (dieta hiponérgica e normoproteica).

A aplicação e avaliação do manual não fazem parte do presente estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O manual desenvolvido (APÊNDICE) ao longo do trabalho tem como título: “Orientações Nutricionais: Como controlar o peso corporal com mais de um ano de cirurgia bariátrica”, dividida em cinco capítulos, tendo as seguintes abordagens: “Apresentação”, “Você sabe como está seu organismo após a cirurgia?”, “Importância da suplementação”, “Alimentação saudável”, “Incentivo ao diário alimentar”.

A primeira parte do manual é a apresentação, que contém texto com explanação do assunto obesidade, cirurgia bariátrica, objetivo e apresentação das estudantes responsáveis pela montagem do material. Para que por meio deste os leitores possam se familiarizar com o assunto abordado além de entender o objetivo do material.

O próximo assunto que está presente é o que descreve detalhadamente o procedimento realizado na Cirurgia Bariátrica do tipo *Bypass* gástrico, conhecida também como Derivação gastrojejunal em Y-de-Roux técnica utilizada no HUB, com o título: “Você sabe como está seu organismo após a cirurgia?”. Nessa seção pode-se encontrar a figura um que está abaixo para que por meio da ilustração possa ter melhor entendimento dessa alteração ocorrida.



FIGURA 1. Mudança no transito gastrointestinal na Cirurgia Bariátrica do tipo *Bypass* gástrico.

É importante que o paciente fique consciente sobre o procedimento adotado e dos cuidados em relação ao consumo, pois apresentam menor capacidade gástrica e absorção intestinal. Esse tipo de informação tem que ser passada ao paciente no pré-operatório, porém como é essencial para que o paciente alcance bom estado de saúde no pós-operatório foi constatado a necessidade desse assunto ser abordado, retomando o que já lhe foi passado anteriormente (AACE/TOS/ASMBS, 2008). Além de reforçar a capacidade do organismo em se adaptar após alguns anos, o que pode gerar o reganho do peso, caso não consiga manter alimentação saudável e realizar atividade física. Foi verificado por Odon et al (2010), que realizou estudo com 203 pacientes com mais de um ano de pós operatório e média de acompanhamento de aproximadamente 28 meses, prevalência de reganho auto referido por 79% dos pacientes. Pode-se observar por meio de outro estudo realizado, Kofman et al (2010), com 497 pacientes que tinham entre 3 e 10 anos de cirurgia obteve por meio de pesquisa pela *internet*, portanto auto referido, reganho de peso em 87% dos

pacientes. Demonstrando que a cirurgia apenas não é a solução para a obesidade, sendo necessária a mudança de hábitos considerados não saudáveis (ABESO, 2009).

A reposição e a incorporação de nutrientes ao corpo a partir da alimentação é a maneira mais adequada de se manter os estoques corporais em níveis desejáveis, porém após a cirurgia bariátrica existem fatores que justifiquem a suplementação, que é uma parte do tratamento pós-operatório tardio que é muito preocupante, pois se observa que após dois anos a maioria dos pacientes deixa de utilizar os polivitamínicos/minerais que são recomendados (AILLS et al, 2008). Por esse motivo o próximo assunto abordado pela manual é a suplementação, com intuito de conscientizar que a suplementação é importante para que consigam bom estado de saúde.

São encontrados diversos fatores que diminuem o aporte de nutrientes no organismo, por isso é necessário à suplementação para toda a vida de pós-operatório da cirurgia bariátrica. Dentre os fatores podemos citar a redução da capacidade gástrica que implica na diminuição de alimentos consumidos, redução da superfície de contato tanto do estômago quanto do intestino diminuindo assim a área de absorção e a produção de enzimas e fatores intrínsecos, como por exemplo, a vitamina B12 e por último a intolerância a alguns alimentos também auxilia na redução de nutrientes consumidas pelos pacientes, como pode ser observado no estudo de Valezi et al (2008) com 116 pacientes sobre o padrão alimentar de paciente tardio em pacientes que realizaram a cirurgia em que apenas 61,2% (n= 71) consumiam diariamente carne tendo assim prejudicada a ingestão de proteína e ferro (BORDALO, et al, 2010). Por meio de exemplos práticos e de forma simplificada foram demonstrados esses tipos de alterações citadas acima, como pode ser observado abaixo:

- Com a redução do tamanho do estômago, você ingere menos alimentos, assim consumindo menos nutrientes;
- Também por causa do menor tamanho do estomago e do intestino, ocorre redução da absorção dos nutrientes;
- Com a retirada de parte do intestino, diminui a produção de substâncias importantes para a absorção de alguns nutrientes (importantes porque, por exemplo, o resto do seu corpo continua igual – coração, pulmão etc- e precisam da mesma quantidade de nutrientes);
- A cirurgia gera em alguns casos intolerância a alguns alimentos, levando a exclusão de alguns alimentos fontes de nutrientes importantes para a saúde.

Orientações sobre a alimentação saudável também está presente no manual, escrita de acordo com os “dez passos para uma alimentação saudável” que é um dos materiais educativo produzido pelo Ministério da Saúde e aplicado para a população brasileira em geral (BRASIL, 2005). Este foi escrito, pois apesar dos pacientes do pós-operatório apresentar alterações no trato digestório, depois de um ano o paciente pode voltar a ter uma alimentação saudável como qualquer pessoa. As orientações passadas foram qualitativas, pois a escolha de alimentos é de extrema importância, como demonstra Freire et al (2012) em que pessoas com ganho de peso (55%) após a cirurgia apresentaram dietas de pior qualidade, com a presença de lanches, doces e alimentos ricos em gorduras. Além disso, realizar atividade física é outro parâmetro que interfere, no mesmo estudo citado os pacientes com ganho de peso não realizava atividade física alguma (n=31%), sendo esta essencial para o equilíbrio da energia consumida e gasta

durante o dia. Dentre as orientações passadas baseadas nos dez passos para uma alimentação adequada foram colocadas as seguintes:

1. Realize no mínimo cinco refeições por dia, sem pulá-las;
2. Monte o prato com alimentos de cores diferentes. Quanto mais colorido o prato, maior a variedade de vitaminas e minerais disponíveis.
3. Evite refrigerantes, alimentos industrializados, doces e guloseimas;
4. Beba no mínimo dois litros de água diariamente;
5. Realize atividade física, pelo menos 30 minutos diariamente;
6. Mastigue bem os alimentos.
7. Na hora de fazer compras, prefira as versões dos alimentos com menos gorduras e evite os que são ricos em açúcar – LEIA OS RÓTULOS DOS ALIMENTOS.
8. Mantenha-se longe de alimentos "tentadores". Não compre ou esconda em casa alimentos que sejam ricos em calorias. Lembre-se: longe dos olhos, longe da boca!
9. Evite fazer outra atividade enquanto come, como: assistir televisão, ler uma revista, falar ao telefone, entre outras. Isso poderá distraí-lo e você não perceberá o quanto está comendo.
10. Negocie com familiares para que não comam alimentos impróprios por perto.

Por último é apresentado o diário alimentar, um instrumento para os pacientes utilizarem para o controle dos alimentos que são consumidos, mas além dos alimentos é necessário registrar cada episódio alimentar, tipo e quantidade de comida

ingerida, a hora, o local, as sensações, os pensamentos, podendo também apresentar outros fatores importantes, para que possa ser localizados pontos de dificuldades as quais os pacientes possam estar apresentando. Por meio do diário os profissionais de saúde também podem dar melhor auxílio tendo esse instrumento como base para seu atendimento (BOHM; GIMENES, 2008).

Por fim foi colocado um texto de motivação:

“Fazer dieta é só o começo de uma reeducação alimentar. A chave para uma vida saudável é se alimentar com inteligência. Isso significa não exagerar e saber escolher os alimentos. Começar uma dieta é iniciar uma etapa de restrições. É difícil, mas coloque na sua cabeça que você vai conseguir e que, depois, você vai se lembrar de tudo o que passou para chegar àquele peso e vai pensar duas vezes antes de atacar...” (SILVA & CARMO, 2010).

6. CONCLUSÃO

De acordo com revisão de literatura, pesquisas e acompanhamento dos pacientes do Ambulatório de Obesidade do HUB foi possível elaborar o manual adaptado para o perfil socioeconômico dos pacientes que participarão do projeto de pós-graduação “Efeitos metabólicos e nutricionais da suplementação proteica em pacientes com dieta hipoenergética para tratamento de reganho de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica” que irão receber as orientações nutricionais no Hospital Universitário de Brasília (HUB) e Hospital Regional da Asa Norte (HRAN).

A partir dos pontos identificados como imprescindíveis para o público alvo foi escrito o manual sendo estes, descrever os dez passos para uma alimentação saudável, por meio de linguagem simplificada e adaptada para o reganho apresentado pelos pacientes. Apontar diretrizes para o balanceamento da dieta para que por meio da leitura da manual e acompanhamento multidisciplinar consiga alterar a dieta de maneira qualitativa. Reforçar a rotina de suplementação de micronutrientes além de explicar de forma básica a necessidade desse tipo de tratamento para toda a vida de pós-operatório. Apresentar o diário alimentar como instrumento de auto monitoramento presente no manual de dieta, instrumento essencial para acompanhamento nutricional e psicológico, além de ser um material que auxilie o próprio paciente no controle da alimentação diária.

O presente estudo apresentou algumas limitações, tais como o acompanhamento apenas dos pacientes do Hospital Universitário de Brasília, não houve tempo hábil para aplicação e avaliação do manual. É de extrema importância que seja feita a aplicação e avaliação desse material, para que sejam feitas alterações que traga benefícios para o público que utilizará a mesmo.

7. REFERÊNCIAS

- AILLS, L.; BLANKENSHIP, J.; BUFFINGTON, C.; FURTADO, M.; PARROTT, J.; ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient. **Surg Obes Relat Dis.** 4(5 Suppl):S73-108, 2008.
- AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGIST, THE OBESITY SOCIETY AND AMERICAN SOCIETY FOR METABOLIC & BARIATRIC SURGERY MEDICAL (AACE/TOS/ASMBS). Guidelines for Clinical Practice for the Perioperative Nutritional, Metabolic and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. **Surg. Obes. Relat. Dis.**, v.4, p.S109–S184, 2008.
- ANJOS, L.A. **Obesidade e Saúde pública**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 100pp. 2006.
- ANTHONE, G.G.J.; LORD, R.V.N.; DEMEESTER, T.R.; CROOKES, P. F. The duodenal switch operation for the treatment of morbidly obesity. **Annals of surgery.** 238(4): 618 – 628. 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010/ABESO** – 3.ed. – Itapevi, SP. 2009.
- BOHM, C. H.; GIMENES, L. S. Automonitoramento como técnica terapêutica e de avaliação comportamental. **Revista Psicolog.** v. 1. n. 1. 2008.
- BOND, D. S., EVANS, R. K., DEMARIA, E. J., MEADOR, R. N., WARREN, B. J., SHANNON, K. A., et al. A conceptual application of health behavior theory in the design and implementation of a successful surgical weight loss program. **Obes Surg.** 14:849-56, 2004.
- BORDALO, L. A.; TEIXEIRA, T. F. S.; BRESSAN, J.; MOURÃO, D. M. Cirurgia bariátrica: como e porque suplementar. **Rev Assoc Med Bras.** v. 57 n. 1. 2010.

BRASIL, **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** (Série A. normas e manuais técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição, 236p, 2005.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL; Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

BUCHWALD, H; AVIDOR, Y; BRAUNWALD, E. et al. Bariatric surgery: a systematic review and metanalysis. **JAMA.** 292(14): 1724-37, 2004.

CHRISTOU N. V.; LOOK D.; MAC LEAN L. D. Weight gain after short and long limb gastric bypass in patients followed for longer than 10 years. **Annals of Surgery.** v. 244. n. 5. Nov. 2006.

CHRISTOU, N.V.; LOOK, D.; MACLEAN, L.D.; Weight gain after short- and long-limb gastric bypass in patients followed for longer than 10 years. **Annals of Sugery,** v. 244 n. 5. 2006.

COATES, P. S.; FERNSTROM, J. D.; FERNSTROM, M. H.; SCHAUER, P. R. GREENSPAN, S. L. Gastric bypass sugery for morbid obesity leads to na increase in bone tunover and a decrease in bone mass. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.** v. 89 n. 3. 2004

COUTINHO, W. **Etiologia da Obesidade.** Rev. ABESO [Internet]. 2007. 14p. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/Etiologia%20e%20Fisiopatologia%20-%20Walmir%20Coutinho.pdf>> Acesso em: 15 mai 2012.

FARIA, S.L.; KELLY, E. O.; LINS, R. D.; FARIA, O. P.; Nutritional management of weight regain after bariatric surgery. **Obesity surgery**. v. 20, n. 2, 135-139, 2010.

FINUCANE, M. M., STEVENS, G. A., COWAN, M. J., et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. **Lancet**, 377: 557–67, 2011.

FREIRE, R.H.; BORGES, M.C.; LEITE, J.I.A.; CORREIA, M.I.T.D.; Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. **Jornal Nutrition**. 28: 53-58. 2012.

HOJO, V.E.S, MELO, J.M, NOBRE, L.N. **Alterações hormonais após cirurgia bariátrica**. Rev. Bras. Nutr. Clin. 22(1):77-82, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **POF 2008/2009 - Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. 2010.

KOFMAN, M.D.; LENT, M. R.; SWENCIONIS, C. Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: results of an internet survey. **Obesity**, v.18, p. 1938 – 1943, 2010.

LATNER, J. D.; WILSON, G. T. Self-monitoring and the assessment of binge eating. **Behavior therapy**. v. 33 n. 3. 2002.

MAGRO, D.O; GELONEZE, B; DELFINI, R; PAREJA, B.C; CALLEJAS, F; PAREJA, J.C. Long-term Weight Regain after Gastric Bypass: A 5-year Prospective Study. **Obes. Surg.** 18:648–651, 2008.

MECHANICK, J.; KUSHNER, R.; SUGERMAN, H.; GONZALEZ-CAMPOY, M.; COLLAZO-CLAVELL, M.; GUVEN, S.; et al. American Association of Clinical

Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. **Endocr Pract.** 4(1):109-84, 2008.

MECHANICK, J.I.; KUSHNER, R.F.; SUGERMAN, H. J.; CAMPOY, J. M. G.; CLAVELL, M. L. C.; GUVEN, S.; SPITZ, A. F.; APOVIAN, C. M.; LIVINGSTON, E. H.; BROLIN, R.; SARWER, W. A.; ANDERSON, W. A.; DIXON, J.; American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient. **Surgery for Obesity and Related Diseases.** v. 4. S109-S1. 2008.

MELO, M.E.; Doenças desencadeada ou Agravadas pela Obesidade. **Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.** 2011. Disponível em:

<<http://www.abeso.org.br/pdf/Artigo%20%20Obesidade%20e%20Doencas%20associadas%20maio%202011.pdf>> Acesso em: 17 abr 2012.

NONINO-BORGES, C. B.; BORGES, R. M.; SANTOS, J. E.; Tratamento clínico da obesidade, **Medicina, Ribeirão Preto.** 39: 246 -252, abr./jun. 2006.

ODOM, J.; ZALESIN, K. C.; WASHINGTON, T. L.; et al. Behavior predictors of weight regain after bariatric surgery. **Obesity Surgery**, v. 20, p. 349 – 356, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 60p, 2003.

PREVEDELLO, C. F.; COLPO, E.; MAYER, E. T.; COPETTI, H. Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do estado do Rio Grande do Sul utilizando o método BAROS. **Arq. Gastroenterol.**, vol.46, n.3, pp. 199-203, 2009

PREVEDELLO, C.F.; COLPO, E.; MAYER, E. T.; COPETTI, H.; Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do estado do Rio Grande do Sul utilizando o método Baros. **Arquivo Gastroenterol**, v. 46, n° 3, 2009.

RHODE, B. M. Vitamin and mineral supplementation after gastric bypass. In: Deitel M, Cowan Jr GSM, eds. Update surgery for mordily obese patient. Toronto, **F-D Communications**; p.161-70, 2000.

SAKHAEI, K.; BHUKET, T.; ADAMS-HUET, B.; RAO, D. S. Meta-analisis of calcium bioavailability: A comparison of calcium citrate with calcium carbonate. **American journal of therapeutics**. v. 6 n. 1. 1999.

SEGAL, A., FANDIÑO, J. Indicações e Contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, pp. 68-72, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. Disponível em: <<http://www.sbcbr.org.br/cbariatica.asp?menu=1>> Acesso em: 07 mar 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA, COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES, COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIA DIGESTIVA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE, SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade**. 2006. Disponível em: <http://www.sbcbrm.org.br/membros_consenso_bariatrico.php> Acesso em: 17 abr, 2012.

VALEZI, A. C.; BRITO, S. J.; JUNIOR, J. M.; BRITO, E. M.; Estudo do padrão alimentar tardio em obesos submetidos à derivação gástrica com bandagem em y-de-roux: comparação entre homens e mulheres. **Rev. Col. Bras. Cir.** V. 35, Nº 6, 2008.

WADDEN, T. A., FOSTER G. D. Behavior treatment of obesity. **Med Clin North Am** 84:441 – 661, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Report of a WHO consultation on obesity.** In: Obesity – Preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight.** Report of the WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2012.** WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: WHO, 2012.

APÊNDICE



Departamento de Nutrição da UnB

**Programa de Pós Graduação em Nutrição Humana da
UnB**

Orientações nutricionais: como controlar peso
corporal com mais de um ano de cirurgia bariátrica



Apresentação

A obesidade grave é uma doença que vem crescendo descontroladamente em todo o mundo. Comumente, a obesidade grave vem acompanhada de outras doenças que podem prejudicar a saúde, tais como pressão alta, diabetes, colesterol alto, problemas com o sono e outras.

A cirurgia bariátrica é uma forma de tratamento que ajuda na perda de peso, porém apenas passar pela cirurgia não resolve para sempre a obesidade e todos os problemas associados a ela. Muita gente faz a cirurgia, emagrece e depois volta a engordar. Por isso é importante a mudança dos hábitos alimentares e a realização de atividades físicas, para manter os resultados alcançados. Sem isso, não tem jeito de controlar o peso corporal e a saúde como um todo.

O objetivo desse manual é ajudar as pessoas que já realizaram a cirurgia bariátrica há mais de dois anos e estão com dificuldade para manter um peso saudável. Vamos trazer sugestões para adoção de uma vida saudável e o controle da dieta. Sempre é tempo de cuidar da saúde!!

Esperamos que este seja um material prático e esclarecedor para todos os pacientes que realizaram cirurgia bariátrica, mas especialmente aqueles que estão em risco de reganho de peso.

Um grande abraço,

Bruna Poncioni com matricula 09/0021991, estudante do 8º semestre do Curso de Nutrição da UnB e Daniela Lopes Gomes com matricula 11/0144589, Nutricionista Doutoranda em Nutrição Humana da UnB.

Você sabe como está seu organismo após a cirurgia?

A cirurgia que você passou é conhecida como Derivação gastrojejunal em Y-de-Roux. O cirurgião faz um grampeamento de parte do estômago, provocando uma grande diminuição do seu espaço. Também é feito um desvio de parte do intestino, diminuindo o seu tamanho. Essas mudanças fazem com que o indivíduo fique satisfeito mais rapidamente e a absorção intestinal seja menor. Tudo isso provoca emagrecimento grande, principalmente no primeiro ano da operação (comemos menos e absorvemos menos dos alimentos).



Com o passar dos anos, o organismo vai se adaptando e aceitando cada vez mais quantidade de comida. Se o paciente não tiver cuidado com sua alimentação e a atividade física, começa a engordar novamente.

Importância da suplementação

Agora que você já sabe o que acontece no seu organismo depois que você passa pela cirurgia, fica mais fácil entender porque é necessária e importante a suplementação de alguns nutrientes, pois:

- Com a redução do tamanho do estômago, você ingere menos alimentos, assim consumindo menos nutrientes;
- Também por causa do menor tamanho do estômago e do intestino, ocorre redução da absorção dos nutrientes;

- Com a retirada de parte do intestino, diminui a produção de substâncias importantes para a absorção de alguns nutrientes (importantes porque, por exemplo, o resto do seu corpo continua igual – coração, pulmão etc- e precisam da mesma quantidade de nutrientes);
- A cirurgia gera em alguns casos intolerância a alguns alimentos, levando a exclusão de alguns alimentos fontes de nutrientes importantes para a saúde.

Por tudo isso citado acima é importante que seja seguida a suplementação de acordo com as recomendações dos profissionais de saúde.

A suplementação de polivitamínicos e minerais, cálcio, vitamina D, vitamina B12 e ferro serão necessária para vida toda. Sem a suplementação, as deficiências nutricionais podem acontecer silenciosamente e

provocar outras doenças como, por exemplo, anemia, osteoporose, queda de cabelo e fraqueza.

Alimentação saudável

Existem 10 passos da alimentação saudável que podem ajudar muito no controle do peso, depois da realização da cirurgia bariátrica.

1. Realize no mínimo cinco refeições por dia, sem pulá-las;
2. Monte o prato com alimentos de cores diferentes. Quanto mais colorido o prato, maior a variedade de vitaminas e minerais disponíveis.
3. Evite refrigerantes, alimentos industrializados, doces e guloseimas;
4. Beba no mínimo dois litros de água diariamente;
5. Realize atividade física, pelo menos 30 minutos diariamente;
6. Mastigue bem os alimentos.
7. Na hora de fazer compras, prefira as versões dos alimentos com menos gorduras e evite os que são ricos em açúcar – LEIA OS RÓTULOS DOS ALIMENTOS.
8. Mantenha-se longe de alimentos "tentadores". Não compre ou esconda em casa alimentos que sejam ricos em calorias. Lembre-se: longe dos olhos, longe da boca!
9. Evite fazer outra atividade enquanto come, como: assistir televisão, ler uma revista, falar ao telefone, entre outras. Isso poderá distraí-lo e você não perceberá o quanto está comendo.
10. Negocie com familiares para que não comam alimentos impróprios por perto.



A união da suplementação, alimentação e atividade física é o caminho para vida saudável.

Incentivo ao diário alimentar

O diário alimentar tem como objetivo observar e registrar todos os alimentos que são consumidos todos os dias, mas além dos alimentos é importante registrar cada episódio alimentar, tipo e quantidade de comida ingerida, a hora, o local, as sensações, os pensamentos, podendo também apresentar outros fatores importantes. A função desse registro é que você se conheça melhor e possa observar, você mesmo, o que tem feito que tem feito que te ajuda e aquilo que você pode ainda melhorar; assim, o melhor é ser sincero, para que você

veja realmente como tem enfrentado todo esse processo. Por isso:

1. Tem de ser adotado como um companheiro de todas as horas;
2. Anote TUDO o que você comer durante o dia. Você verá como fica mais fácil controlar onde errou e o que pode melhorar.

“Fazer dieta é só o começo de uma reeducação alimentar. A chave para uma vida saudável é se alimentar com inteligência. Isso significa não exagerar e saber escolher os alimentos. “Começar uma dieta é iniciar uma etapa de restrições. É difícil, mas coloque na sua cabeça que você vai conseguir e que, depois, você vai se lembrar de tudo o que passou para chegar àquele peso e vai pensar duas vezes antes de atacar...” (SILVA & CARMO,2010).

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA.

Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010/ABESO – 3.ed. – Itapevi, SP. 2009.

BRASIL; **Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

BUCHWALD, H; AVIDOR, Y; BRAUNWALD, E. et al. Bariatric surgery: a systematic review and metanalysis. **JAMA.** 292(14): 1724-37, 2004.

SILVA, W.F.; CARMO, A.; Orientações básicas sobre alimentação. **Ed UFJF**, 42p, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA, COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES, COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIA DIGESTIVA, SOCIEDADE BRASILEIRA

DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE, SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade.** 2006.

Disponível em: <
[http://www.sbcbm.org.br/membros_consenso_bariatrico](http://www.sbcbm.org.br/membros_consenso_bariatrico.php)
[.php](http://www.sbcbm.org.br/membros_consenso_bariatrico.php)> Acesso em: 17 abr, 2012.

Diário Alimentar

| Horário | Refeição | Local | Alimentos | Quantidades | Fome antes (notas de 0 – nenhuma fome a 3 – muita fome) | Situação Social (Com quem eu estava?) | Sensações (Como eu estava me sentindo?) |
|----------------|-----------------|--------------|------------------|--------------------|--|--|--|
| | | | | | | | |

